



ارائه مدل ساختاری افسردگی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی‌گری شفقت بر خود و امیدواری در مردان و زنان مبتلا به سرطان

دانشجوی دکتری گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
استادیار گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
استادیار گروه روان‌شناسی، واحد آیت‌الله امین، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران

سروش شاه‌بیک ^{id}

آمنه معاضدیان* ^{id}

پرویز صباحی ^{id}

ارسلان خان محمدی اطاقسرا ^{id}

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۹ | پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱ | ایمیل نویسنده مسئول: amenehameneh540@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیک) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۴ پیاپی ۱۳ | ۲۸۴-۳۰۸
زمستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:
درون متن:

(شاه‌بیک، معاضدیان، صباحی و خان‌محمدی
اطاقسرا، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

شاه‌بیک، سروش، معاضدیان، آمنه، صباحی، پرویز، و خان‌محمدی اطاقسرا، ارسلان. (۱۴۰۱). ارائه مدل ساختاری افسردگی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی‌گری شفقت بر خود و امیدواری در مردان و زنان مبتلا به سرطان. *خانواده‌درمانی کاربردی*، ۳(۴)، ۲۸۴-۳۰۸.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر پیش‌بینی افسردگی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده با در نظر گرفتن نقش میانجی شفقت بر خود و امیدواری در مردان و زنان مبتلا به سرطان بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه‌ی آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به انستیتو سرطان بیمارستان‌های امام خمینی و میلاد تهران بودند. تعداد افراد نمونه ۳۰۰ بیمار مبتلا به سرطان بود که بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌ی شفقت بر خود نف (۲۰۰۳)، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۸)، پرسشنامه تاب‌آوری کونور-دیویدسون (۲۰۰۵)، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸)، مقیاس افسردگی بک (۱۹۶۱) و پرسشنامه امیدواری اسنایدر (۱۹۹۱) بودند. داده‌های گردآوری شده با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری تحلیل شدند. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که مدل پیش‌بینی افسردگی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده با در نظر گرفتن نقش میانجی شفقت بر خود و امیدواری بر اساس داده‌های تجربی از برازش مطلوبی برخوردار است. همچنین اثر مستقیم و غیرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده با در نظر گرفتن نقش میانجی شفقت بر خود و امیدواری بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان مورد تأیید قرار گرفت ($p < 0.05$). شفقت بر خود به طور مستقیم بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان اثر می‌گذارد ($p < 0.05$). همچنین امیدواری به طور مستقیم بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان اثر می‌گذارد ($p < 0.05$). **نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش برای اینکه بیماران مبتلا به سرطان عملکرد مناسبی داشته باشند لازم است از یک‌سو طرحواره‌های ناسازگار اولیه تعدیل شده‌ای داشته باشند، از سوی دیگر دوره‌های درمانی آن‌ها باید مبتنی بر بهبود تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده باشد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی ادراک شده، شفقت بر خود، امیدواری

مقدمه

امروزه سرطان^۱ یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان شناخته می‌شود و اگر شیوع آن به همین نحو افزایش یابد، بنا بر تخمین سازمان ملل از هر ۵ نفر یک نفر حتماً به یکی از اشکال سرطان مبتلا می‌گردد (کلنی و اندرسون، ۲۰۱۹). مواجهه با سرطان به خودی خود می‌تواند به عنوان یک حادثه تنش‌زا، جنبه‌های مختلف سلامت فردی بیماری از جمله سلامت جسمی، روانی و خانوادگی وی را به مخاطره بیندازد (هو و لم، ۲۰۱۴). سرطان به عنوان یک عامل استرس‌زای منفی، تأثیر جدی بر سلامت جسمی و روانی مبتلایان خواهد گذاشت به طوری که پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به این بیماری، سطح بالایی از آشفتگی روانی را تجربه می‌کنند (هانگ، ژانگ، سانگ، زای و وانگ، ۲۰۱۵).

مطالعات نشان داده است که شیوع افسردگی^۲ در بیماران مبتلا به سرطان ۲ تا ۳ برابر بیشتر از جمعیت عادی گزارش شده است (فرواها، ایزارد، تریپ راجان، لئونگ و سیمنتز، ۲۰۱۹). بر اساس تحقیقات انجام شده در دانشگاه کالیفورنیا، بیماران مبتلا به سرطان در برابر برخی مشکلات روحی بسیار آسیب‌پذیر هستند، این گروه اغلب رفتارهای پرخطرانه و تهاجمی از خود نشان می‌دهند که در صورت عدم رسیدگی منجر به افسردگی حاد و حتی مرگ زودرس آن‌ها می‌شود (لطفی حقیقت، منیرپور و ضرغام حاجبی، ۱۴۰۰؛ اریم و همکاران، ۲۰۱۹). بدیهی است زمانی که فرد مبتلا به سرطان تشخیص داده می‌شود، می‌تواند بر ابعاد روان‌شناختی، عاطفی و جسمانی این افراد تأثیرگذار باشد (پیپلز و همکاران، ۲۰۱۹). افسردگی در حال حاضر جدی‌ترین بیماری قرن تلقی شده و به گزارش دانشگاه هاروارد تا سال ۲۰۲۰ در رتبه اول یا دوم بیماری‌های شایع قرار می‌گیرد (اندروز، ماسلج، تامسون و هالون، ۲۰۲۰). سازمان بهداشت جهانی، افسردگی را در ردیف چهارم فهرست حادترین مشکلات بهداشت عمومی در سراسر جهان قرار داده است (بوپل، ۲۰۱۸). همچنین افسردگی یکی از مهم‌ترین اختلالات عصب روان‌پزشکی است که امکان ابتلا به آن در طول عمر در حدود ۱۷ درصد است و تقریباً ۱۰ درصد از انسان‌ها در سراسر دنیا نیازمند درمان جدی آن هستند (دان و رابرتز، ۲۰۱۶).

نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد یکی از متغیرهای مرتبط با افسردگی در افراد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۳ است (گومز-ادریازولا و کالوت، ۲۰۲۰). از طرف دیگر نتایج پژوهش ژانگ، هانگ، فان، لیو، کائو و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و نشانه‌های افسردگی رابطه معناداری وجود دارد. از آن جا که طرحواره‌ها عمیق‌ترین سطوح شناختی و هسته مرکزی شخصیت فرد را در بردارند، به نظر می‌رسد افسردگی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ارتباط است و نقش مهمی در بهداشت روانی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان ایفا می‌کند (اسکپ، چاخسی و وسترهف، ۲۰۱۶). واژه «طرحواره» در روانشناسی، تاریخچه‌ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این ادراک از طریق طرحواره، واسطه‌مندی می‌شود و پاسخ‌های افراد توسط طرحواره‌ها جهت پیدا

۱. Cancer

۲. depression

۳. Early Maladaptive Schemas

می‌کنند و در حقیقت طرحواره بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایز کننده یک واقعه است (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۸۶). طرحواره های ناسازگار اشاره به چارچوب‌های شناختی ناکارآمد برای دیدن خود و دیگران دارد که عمدتاً در پاسخ به حوادث نامطلوب کودکی به وجود آمده‌اند و به دنبال آن از طریق یک زندگی فردی گسترش پیدا کرده‌اند (صنعتگر و اسماعیلی، ۱۳۹۹؛ یانگ و مارتین، ۲۰۱۰). یانگ (۱۹۹۸) فرض کرد که طرحواره های ناسازگار اولیه در هسته اختلالات شخصیت، مشکلات منشی و بسیاری از اختلالات مزمن محور یک قرار دارد. طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت واره‌ها تشکیل شده‌اند و با جنبه‌های مخرب تجارب دوران کودکی افراد گره خورده‌اند و به شیوه‌ای سازمان یافته در سراسر زندگی در قالب الگوهایی تکرار می‌شوند (به نقل از کاکاوند، نظری و مشهدی فراهانی، ۱۳۹۴).

از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان داده است که میزان تاب آوری^۱ در بیماران مبتلا به سرطان بسیار حائز اهمیت است (فردالوس، ۲۰۱۹). از طرفی نتایج پژوهش بهشتی و حاجبی (۱۳۹۷) نشان داد بین تاب آوری و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد. تاب آوری به توانایی انطباق موفق با شرایط چالش برانگیز و تهدیدآمیز و همچنین رشد شایستگی تحت شرایط سخت اشاره دارد (بزیکاس و پارلاپانی، ۲۰۱۶)؛ بنابراین تاب آوری می‌تواند به عنوان رشد مثبت یا سازگاری به دنبال دوره‌هایی از به هم ریختگی تعادل فرد توصیف شود (ریچاردسون، ۲۰۰۲). نظریه‌های فعلی تاب آوری را سازه‌ای چندبعدی متشکل از متغیرهای سرشتی^۲، مانند: مزاج^۳ و شخصیت^۴، همراه با مهارت‌های مخصوص، مثل مهارت حل مسئله، می‌دانند (کمپل-سیلس، کوهان و استین، ۲۰۰۶). ویژگی‌ها و موقعیت شخص می‌توانند در صورتی که بعد از شرایط تنش‌زا به پیامدهای سالم منجر شوند فرایندهای تاب آوری را تعیین کنند. پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است که برخی افراد تاب آور، پس از رویارویی با موقعیت‌های دشوار زندگی، دوباره به سطح معمول خود بازمی‌گردند و حتی عملکرد برخی پس از رویارویی با ناکامی‌ها، مصیبت‌ها و دشواری‌ها نسبت به گذشته ارتقا پیدا می‌کند. افرادی که تاب آوری بالایی دارند، در برابر آسیب‌ها و استرس‌های اجتناب‌ناپذیر تجربه مقاومت بیشتری دارند، بیشتر احتمال دارد معنای مثبتی در استرس‌هایی که تجربه می‌کنند پیدا کنند (ماسکوویتز، ۲۰۱۶) به طرز مؤثری با استرس‌های زندگی‌شان مواجه شوند و به طور انعطاف‌پذیری خود را با آن‌ها انطباق دهند (لیو، وانگ و لی، ۲۰۱۲).

حمایت اجتماعی ادراک شده^۵ یکی دیگر از متغیرهایی است که در حالات روان‌شناختی افراد مبتلا به سرطان تأثیرگذار است (تامپسون و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش‌های متعددی حاکی از ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی است (کانکیاکو، فرناندز، دی لوردز، پینتو-باستوس، واز و رامالهو، ۲۰۲۰؛ تریک، بیه‌ای، اباس، الی، یائو و ایمران، ۲۰۲۰). حمایت اجتماعی مفهومی چندبعدی است که به اشکال و طرق

۱. resilience

۲. constitutional

۳. temperament

۴. personality

۵. perceived social support

مختلفی تعریف شده است. برخی از پژوهشگران حمایت اجتماعی را میزان برخورداری از محبت، همراهی، مراقبت، احترام، توجه و کمک دریافت شده توسط فرد از سوی افراد یا گروه‌های دیگر نظیر خانواده، دوستان و دیگران تعریف کردند (هیانگ، وانگ، لی و ان، ۲۰۱۹). حمایت اجتماعی ادراک شده به ادراک افراد از میزان حمایت ارائه شده از طریق شبکه‌های اجتماعی اشاره دارد. درک حمایت از دریافت آن مهم‌تر است؛ به عبارت دیگر، درک و نگرش فرد نسبت به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان حمایت ارائه شده به شخص است (ایوانز، استیل و دی‌لیلو، ۲۰۱۳). کاهش حمایت اجتماعی با افزایش احساس تنهایی و ناامیدی، کاهش کیفیت زندگی و افزایش نشانه‌های افسردگی و افکار خودکشی همراه است (ویلسون، ویس و شوک، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش‌های حاکی از رابطه معنادار بین حمایت اجتماعی ادراک شده و افسردگی می‌باشند (روگر، مالکی، پیون، ایکوک و کوبلی، ۲۰۱۶؛ وانگ، لی، وانگ، نی، چو و جین، ۲۰۱۸).

پژوهش‌های اخیر به مفهوم شفقت بر خود^۱ و نقش آن در شکل‌گیری سلامت روان و پیشگیری از اختلالات روانی پرداخته‌اند (ترامپتر، کلین و بهلمیجر، ۲۰۱۷). مفهوم شفقت بر خود به معنای تجربه پذیرگی و تحت تأثیر قرار گرفتن از رنج دیگران، به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را قابل تحمل تر نماید تعریف شده است. همچنین این مفهوم به معنای صبور و مهربان بودن نسبت به دیگران و داشتن درک غیر قضاوت‌گرایانه در رابطه با آن‌هاست. علاوه بر این، دانستن این امر که تجارب و مشکلات زندگی فرد، جزئی از مسائلی است که سایر افراد نیز آن را تجربه می‌کنند (نف، ۲۰۰۳). نف (۲۰۰۳) شفقت بر خود را به عنوان سازه‌ای مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود^۲ در مقابل قضاوت کردن خود^۳، اشتراک انسانی^۴ در مقابل انزوا^۵ و ذهن آگاهی^۶ در مقابل همانندسازی افراطی^۷ تعریف کرده است. ترکیب این مؤلفه‌ها مشخصه هر فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. در آموزش شفقت بر خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که مهربانی با خود، اشتراک انسانی و ذهن آگاهی با احساس تنهایی رابطه مثبت دارد و شفقت بر خود اثر مستقیم بر احساس تنهایی دارد (محمدی، دوکانه‌ای فرد و حیدری، ۱۳۹۸؛ آکین، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که افرادی که خودشفقت ورز هستند سلامت روانی بیشتری را نسبت به افرادی که خودشفقت ورزی کمتری دارند، تجربه می‌کنند؛ زیرا تجربه‌ی درد و شکست از طریق خودمحکوم‌سازی، احساس انزوا، بزرگ‌نمایی افکار و احساسات تقویت می‌شود. همچنین داشتن احساس خودشفقت ورزی دلالت بر این دارد که فرد تلاش می‌کند که از تجربه درد جلوگیری نماید. این امر منجر به بروز سبک‌های مقابله فعال در جهت ارتقا و حفظ سلامت روانی می‌شود (بوث، مک‌درموت، چنگ و بورگوگنا، ۲۰۱۹). پژوهش‌های متعددی در خصوص ارتباط شفقت بر خود و سلامت روان در افراد مبتلا به سرطان انجام شده است (برون، هاگز، کامپبل

۱. self-compassion

۲. self-kindness

۳. self-judgment

۴. common humanity

۵. isolation

۶. mindfulness

۷. over-identification

و چری، ۲۰۲۰). به طور مثال پرزدسکی، شرم، بایلی، تایلور، فولی و استالگیس-بیلینسکی (۲۰۱۳) نشان داد که شفقت بر خود عامل میانجی در ارتباط پریشانی روانی و تغییرات در تصویر تن زنان دچار سرطان سینه است. به این نحو که زنانی که به دلیل پیشرفت بیماری مجبور به برداشتن سینه کرده‌اند استرس و پریشانی روانی بیشتری را تجربه می‌کنند با این حال عامل محافظت کننده‌ی این افراد خودشفقت ورزی بوده است.

یکی دیگر از متغیرهای مهم در بررسی شرایط روانی بیماران مبتلا به سرطان، امیدواری^۱ است (تودوروو همکاران، ۲۰۱۹). اهمیت امیدواری شاید به واسطه پیامدهای عدم وجود امیدواری بهتر مورد فهم قرار گیرد. ناامیدی یک وضعیت وخیم است که منجر به افزایش یاس، افسردگی و در نهایت فقدان اشتیاق به زندگی می‌شود (فلکمن، ۲۰۱۳). امیدواری به عنوان یک نیروی درونی تعریف شده است که می‌تواند باعث غنای زندگی شود و بیماران را قادر سازد که چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی و نابسامان درد و رنج خود را ببینند. فقدان امیدواری و هدف‌دار نبودن زندگی منجر به کاهش کیفیت آن و ایجاد باورهای یاس آور می‌شود (اشنایدر، ۲۰۱۷). جهت‌یابی آینده، انتظارات مثبت، هدفمندی، واقع‌گرایی، تنظیم اهداف و ارتباطات درونی از ویژگی‌های مهم امیدواری هستند. امیدواری در بردارنده تصورات و توجه افراد به آینده است و با این تصور که احتمال دارد نتایج مثبت حاصل گردد، باعث تلاش فرد می‌شود (هوانگ، ژانگ و ژانگ، ۲۰۱۱). با توجه به مطالب گفته شده چنین به نظر می‌رسد که با شناخت و درک عمیق‌تر از چگونگی ارتباط ویژگی‌های روان‌شناختی و افسردگی در افراد مبتلا به سرطان، می‌توان گام‌هایی را برای افزایش سازگاری آنان با شرایط جدید زندگی برداشت. طبعاً این درک و آگاهی عمیق با کمک پژوهش‌هایی به دست می‌آید که مستقیماً با افراد تجربه کننده رو به رو شوند و دیدی همه جانبه و کلی پیرامون ادراکات، تصورات و احساسات آنان به دست بیاورند (مقدم و نامور، ۱۳۹۸). در سال ۱۳۹۸، میزان بروز مرگ و میر ناشی از سرطان در ایران ۱۱۰۱۱۵ نفر گزارش شده است (تقدیسی و منصوری، ۱۳۹۸). افسردگی یک بیماری جدی است که می‌تواند تأثیر عمده‌ای بر کیفیت زندگی یک فرد داشته باشد. در حقیقت، ۱۵ تا ۲۵ درصد از افراد مبتلا به سرطان نیز از افسردگی رنج می‌برند و این مقدار بیش از دو برابر جمعیت عمومی است (داوید و ایناچ، ۲۰۲۰). مطالعات نشان می‌دهد سلامت روان و رفاه اجتماعی می‌تواند در موفقیت درمان تأثیر بگذارد و احتمال مرگ و میر در بیماران سرطانی که با افسردگی و اضطراب دست و پنجه نرم می‌کنند بیشتر است (جین و سیرجالا، ۲۰۱۷). سلامت جسمی و روحی در ارتباط دائم با هم هستند و عدم کارآیی یک بخش تأثیرات خود را در بخش‌های دیگر نیز می‌گذارد (کریپکه، ۲۰۱۶)؛ بنابراین شناسایی عوامل مرتبط با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان اهمیت فراوان دارد. پس لازم است در این زمینه مطالعات گسترده و همه جانبه‌ای انجام شود. لذا با عنایت به آمار بالای سرطان در ایران و مشکلات متعدد آنان و با در نظر گرفتن اهمیت توجه ویژه به سلامت روانی این افراد، محقق بر آن شد تا به پژوهش در این زمینه بپردازد. از آن جایی که تحقیقی در خصوص ارتباط متغیرهای روان‌شناختی نظیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی ادراک شده، شفقت بر خود و امیدواری با افسردگی در بیماران مبتلا به سرطان به

۱. hope

طور هم‌زمان صورت نگرفته، خلاء پژوهشی در این حوزه احساس می‌شود؛ بنابراین مسئله پژوهش حاضر بررسی این سؤال است:

۱. آیا مدل ساختاری افسردگی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی‌گری شفقت بر خود و امیدواری در بیماران مبتلا به سرطان از برازش مطلوبی برخوردار است؟

روش پژوهش

این پژوهش با توجه به هدف آن از نوع تحقیقات کاربردی و از لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها و تحلیل آن‌ها به روش توصیفی و از نوع طرح‌های همبستگی و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان مراجعه‌کننده به انستیتو کانسر بیمارستان‌های امام خمینی و میلاد تهران بود. با توجه به نوع مطالعه و تعداد متغیرهای پیش‌بین در تحلیل معادلات ساختاری بنا به توصیه محققان (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۱). حجم نمونه باید حداقل ۱۰ برابر تعداد متغیرها به اضافه ۵۰ باشد. در پژوهش حاضر در مجموع ۱۹ متغیر مکنون و مشاهده شده وجود دارد ($19 \times 10 + 50 = 240$)؛ بنابراین حداقل ۲۴۰ نمونه مورد نیاز است. در این مطالعه برای کاهش خطای نمونه‌برداری و جلوگیری از افت آزمودنی‌ها تا ۳۰۹ نفر افزایش داده شد که ۹ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن حذف شد و عملیات آماری بر روی ۳۰۰ آزمودنی صورت گرفت. لازم به ذکر است که نرخ پاسخ‌دهی در این پژوهش ۹۷ درصد بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه طرحواره یانگ - فرم کوتاه^۱. نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ یک ابزار خودگزارشی شامل زیرمجموعه‌ای از ۷۵ ماده است که ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را در ۵ حوزه می‌سنجد (یانگ، ۱۹۹۸). در این پرسشنامه از بیماران خواسته می‌شود با استفاده از مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای، میزان موافقت خود را با هر ماده مشخص کنند. در این پرسشنامه هر ۱۵ سؤال، یک طرحواره را می‌سنجد. چنانچه میانگین نمره هر خرده مقیاس بالاتر از ۴۵ باشد، آن طرحواره ناکارآمد خواهد بود (نوردال و همکاران، ۲۰۰۵). برای این اساس نقطه برش نمره کل پرسشنامه ۲۲۵ است. طرحواره‌هایی که این پرسشنامه می‌سنجد عبارت‌اند از: طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حد. مطالعه‌ی والر، میر و اهانیان (۲۰۰۱) نشان داد که پرسشنامه‌ی طرحواره یانگ برای سنجش طرحواره‌های ناسازگار در افراد مبتلا به اختلالات خوردن، از روایی و اعتبار مناسبی برخوردار است. لی، تیلور و دان (۱۹۹۹) نیز روایی سازه رضایت بخشی را برای نسخه استرالیایی پرسشنامه طرحواره یانگ گزارش کرده‌اند. نتایج تحلیل عاملی این پرسشنامه از سیزده طرحواره (اشمیت، جوینر، یانگ و تلج، ۱۹۹۵) و پانزده طرحواره (لی، تیلور و دون، ۱۹۹۹) در میان شانزده طرحواره مطرح شده، حمایت کردند. فتی، موتابی، دابسون و مولودی (۲۰۰۹) نسخه فارسی این پرسشنامه را روی نمونه‌ای ۵۱۳ نفری از دانشجویان ایرانی هنجاریابی کردند و میزان همسانی درونی را در ۵ زیرمقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ گزارش نمودند.

۲. پرسشنامه تاب آوری کونور-دیویدسون^۱ (CD-RISC). این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که سازه تاب آوری را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت می‌سنجد هر عبارت بر اساس یک مقیاس لیکرت بین ۰ (کاملاً نادرست) تا ۴ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمره‌گذاری آن ۰-۱۰۰ است. براین اساس نقطه برش نمره کل پرسشنامه ۵۰ است. محمدی (۱۳۸۴) مقیاس مذکور را برای ۲۴۸ نفر اجرا نمود و پایایی آن را با روش همسانی درونی آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی آن را به شیوه تحلیل عاملی تأیید شد و آن را برای استفاده در ایران انطباق داد. پایایی این پرسشنامه علاوه بر هنجاریابی اولیه، توسط کردمیرزا نیکوزاده (۱۳۸۸) مجدداً با ضریب آلفای کل برابر با ۰/۹۰ محاسبه شد. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آنند که این آزمون دارای ۵ عامل تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است.

۳. پرسشنامه استاندارد شفقت به خود نف^۲ (۲۰۰۳). پرسشنامه شفقت ورزی به خود توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۶ گویه است با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (تقریباً هر گز=۱ تا تقریباً همیشه=۵)، شفقت ورزی به خود را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای سه مقیاس دو قطبی: مهربانی با خود در برابر قضاوت و داوری در برابر خود؛ انسانیت مشترک در برابر انزوا؛ به‌شیراری در مقابل همانندسازی افراطی است. این ۳ زیر مقیاس در مجموع واریانس کل را تبیین می‌کنند. نف (۲۰۰۳) ضرایب پایایی سه خرده مقیاس را به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش کرده است و ضریب پایایی کل آزمون از طریق بازآزمایی (بعد از سه هفته) ۰/۹۳ گزارش شده است. در پژوهش خسروی و همکاران، ۱۳۹۲ روایی پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان این حوزه تأیید شده است. در پژوهش خسروی و همکاران، ۱۳۹۲ پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ به دست آمده است.

۴. پرسشنامه افسردگی بک^۳. این پرسشنامه را بک، ۱۹۶۱، در مورد بیماران روانی به کار برد و ثابت کرد این آزمون قادر به تفکیک بیماران افسرده از دیگر بیماران روانی و افراد سالم است. جنبه‌هایی که در آزمون بک به دست آمده‌اند بر مبنای بستگی آن‌ها به تظاهرات آشکار رفتار در بیماری افسردگی انتخاب شده است. در تحقیق حجت، مهریار و شاپوریان (۱۹۸۶)، روایی و پایایی آزمون بک را در مورد دانشجویان ایرانی تأیید کرده‌اند. ضریب آلفای گروه دانشجویان مقیم آمریکا ۰/۸۵ و برای دانشجویان داخل ایران ۰/۸۳ بوده است. برای ساخت پایایی آزمون بک از روش دوباره سنجی استفاده شده است. این آزمون‌ها به فاصله ۳ هفته با پایایی ۰/۶۱ انجام گرفته است.

۵. پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی^۴ (MSPSS). این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ تهیه شده است. مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چندبعدی یک ابزار ۱۲ گوی‌های است که به منظور ارزیابی حمایت اجتماعی ادراک شده از سه منبع خانواده، دوستان و افراد مهم

۱. Connor-Davidson Resilience Scale

۲. Neff Standard Self-Compassion Questionnaire

۳. Beck Depression Inventory

۴. Multidimensional Perceived Social Support Scale

در زندگی تهیه شده است. این مقیاس میزان حمایت اجتماعی ادراک شده‌ی فرد را در هر یک از سه حیطه‌ی مذکور در طیف ۷ گزینه‌ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. روش نمره‌گذاری به این صورت است که هر گویه در مقیاس ۷ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷ قرار دارد. برای به دست آوردن امتیاز هر زیر مقیاس، نمره تک‌تک سؤالات آن را با هم جمع نمایید. همچنین برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه نمره مجموع سؤالات یک تا دوازده را با هم جمع می‌کنیم تا میزان حمایت اجتماعی ادراک شده مشخص شود. این امتیاز دامنه‌ای از ۱۲ تا ۸۴ خواهد داشت. بدیهی است که هر چه این امتیاز بالاتر باشد نشان‌دهنده میزان حمایت اجتماعی ادراک شده خواهد بود و بر عکس. براین اساس نقطه برش نمره کل پرسشنامه ۴۸ است.

۶. پرسشنامه امید اشنایدر! امیدواری در پژوهش حاضر به وسیله پرسشنامه امید اشنایدر و همکاران (۱۹۹۱) سنجیده می‌شود. مقیاس امیدواری اشنایدر شامل دو مؤلفه است: مؤلفه تفکر عاملی که تعیین کننده هدف مداری فرد است و مؤلفه تفکر مسیر که راه‌های برنامه‌ریزی شده برای رسیدن به اهداف را در برمی‌گیرد. هر ماده با مقیاس چهاردرجه‌ای اندازه‌گیری می‌شود که دامنه‌ای از کاملاً غلط تا کاملاً درست را در برمی‌گیرد و نمره بین ۱ تا ۴ می‌گیرند. نقطه برش نمره کل پرسشنامه ۲۴ است. مقیاس امیدواری ثبات درونی قابل قبولی را از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در نسخه انگلیسی به دست آورده است. در پژوهش بیگی، فراهانی، محمدخانی و محمدی فر (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ به دست آمده در مؤلفه تفکر عاملی ۰/۷۵ و برای مؤلفه تفکر مسیر ۰/۷۸ به دست آمده است.

روش اجرا. برای انتخاب نمونه مورد پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد، به این صورت که از بین بیماران مبتلا به سرطان ۳۰۹ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج پژوهش به عنوان گروه نمونه انتخاب شد. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش جهت کنترل متغیرهای مداخله‌گر عبارت بودند از: قرار داشتن در رده سنی (۳۰-۶۰) سال، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، ابتلا به سرطان و با حداقل ۱ ماه زمان بیماری و قرار داشتن در فرآیند درمان، عدم سابقه یا ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی (مانند اختلالات سایکوتیک، دوقطبی و افسردگی اساسی، اختلالات عصبی-شناختی و سوء مصرف مواد) طی یک سال گذشته. لازم به ذکر است که ملاک‌های ورود در یک مصاحبه‌ی مقدماتی قبل از ارائه پرسشنامه‌ها از مبتلایان به سرطان پرسیده شد و در صورت دارا بودن ملاک‌ها پرسشنامه‌ها اجرا شد. به‌منظور توصیف متغیرهای پژوهش از شاخص‌های انحراف معیار، میانگین، کجی و کشیدگی استفاده شد. همچنین شاخص‌های فراوانی و درصد برای ویژگی‌های جمعیت شناختی گزارش شد. لازم به ذکر است برای تحلیل بخش توصیفی از نرم افزار Spss-V23 بهره گرفته شد. در بخش استنباطی نیز به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از مدل‌سازی معادلات ساختاری با نرم افزار Amos بهره گرفته شد.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های جمعیت شناختی نشان داد ۶۰/۶۷ درصد نمونه را بیماران زن و ۳۹/۳۳ درصد را مردان تشکیل می‌دهند. همچنین بیشترین فراوانی برای بیماران با سن بین ۵۱ تا ۶۰ سال (۵۱/۶۷ درصد) است.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های پژوهش

شاخص آماری	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
تفکر عاملی	۱۱.۰۰	۲.۷۸	-۰.۵۰	-۰.۲۲
تفکر مسیر	۹.۳۹	۳.۵۴	۰.۵۲	-۰.۶۸
حمایت خانواده	۱۱.۸۵	۲.۸۳	-۰.۸۶	-۰.۳۸
حمایت دوستان	۱۱.۹۷	۲.۷۹	-۱.۰۳	-۰.۱۱
حمایت سایرین	۱۱.۶۷	۳.۰۱	-۰.۸۹	-۰.۵۰
شایستگی فردی	۱۰.۳۵	۳.۷۲	-۰.۳۱	-۱.۱۰
اعتماد فردی	۱۵.۷۱	۶.۰۳	-۰.۴۷	-۱.۲۲
تحمل عاطفه منفی	۱۵.۳۵	۶.۲۵	-۰.۴۵	-۱.۳۲
پذیرش تغییر	۱۲.۵۴	۶.۱۵	۰.۲۴	-۱.۳۷
کنترل معنوی	۱۵.۰۶	۶.۴۰	-۰.۳۵	-۱.۴۴
طرد و بریدگی	۴۷.۵۸	۱۱.۹۲	۰.۴۹	-۱.۱۸
خودگردانی و عملکرد مختل	۴۸.۷۵	۱۱.۶۶	۰.۴۰	-۱.۲۱
گوش به زنگی	۴۸.۲۴	۱۲.۳۷	۰.۴۷	-۱.۲۰
محدودیت‌های مختل	۴۹.۰۴	۱۲.۸۵	۰.۳۸	-۱.۳۷
دیگر جهت مندی	۴۱.۳۲	۹.۶۰	۱.۶۷	۱.۹۶
مهربانی	۱۶.۱۸	۳.۸۰	۰.۱۰	-۰.۴۶
انسانیت مشترک	۱۹.۰۸	۳.۸۳	-۰.۳۰	-۰.۴۶
بهشیاری	۱۶.۸۱	۴.۲۳	۰.۳۷	-۰.۱۲
افسردگی	۳۱.۴۱	۷.۶۰	۰.۶۹	-۰.۱۳

نتایج جدول نشان می‌دهد از بین ابعاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشترین میانگین مربوط به محدودیت‌های مختل است. همچنین بر اساس داده‌های جدول مشخص می‌شود که شاخص کجی و کشیدگی هیچ یک از نشانگرها خارج از بازه‌ی (۳، -۳) نیست و بنابراین می‌توان آن‌ها را نرمال یا تقریب نرمال در نظر گرفت. یکی از مفروضه‌های مدلسازی معادلات ساختاری نرمال بودن توزیع چند متغیری است. برای این منظور در نرم افزار AMOS از ضریب کشیدگی چند متغیری مardia استفاده می‌شود. بنتلر (۲۰۰۵) پیشنهاد می‌کند که مقادیر بزرگتر از ۵ برای ضریب مardia نشان دهنده توزیع غیر نرمال داده‌ها است (برن، ۲۰۱۰). مقدار ضریب مardia برای داده‌های پژوهش حاضر برابر با ۲/۰۵ است که نشان می‌دهد مفروضه نرمال بودن چند متغیره برقرار است. زمانی که داده‌های پیوسته به طور قابل توجهی از نرمال بودن انحراف ندارند می‌توان روش برآورد بیشینه درست نمایی (ML) را مورد استفاده قرار داد.

جدول ۲. ضرایب و معناداری اثر مستقیم و غیرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تاب آوری بر افسردگی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	نوع اثر	β استاندارد شده	آماره معناداری	سطح معنی‌داری
افسردگی	طرحواره‌ها	مستقیم	.۳۴	۳.۵۸	۰.۰۰۱
افسردگی	طرحواره‌ها	غیرمستقیم (شفقت بر خود)	.۲۵	۲.۷۹	۰.۰۰۷
افسردگی	طرحواره‌ها	غیرمستقیم (امیدواری)	.۳۰	۳.۱۱	۰.۰۰۲
افسردگی	تاب آوری	مستقیم	-.۲۰	-۲.۴۱	۰.۰۰۲
افسردگی	تاب آوری	غیرمستقیم (شفقت بر خود)	-.۳۲	-۳.۴۴	۰.۰۰۱
افسردگی	تاب آوری	غیرمستقیم (امیدواری)	-.۲۳	-۲.۶۲	۰.۰۰۱
افسردگی	حمایت اجتماعی	مستقیم	-.۲۸	-۳.۰۹	۰.۰۰۱
افسردگی	حمایت اجتماعی	غیرمستقیم (شفقت بر خود)	-.۰۹	-۱.۱۲	۰.۲۷
افسردگی	حمایت اجتماعی	غیرمستقیم (امیدواری)	-.۴۱	-۳.۴۵	۰.۰۰۱

آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که تاب آوری اثر مستقیم بر افسردگی داشته است، رابطه طرحواره‌ها، تاب آوری و حمایت اجتماعی با افسردگی به صورت مستقیم معنادار است. همچنین آنچه از نتایج جدول فوق برمی‌آید این است که فرضیه مطرح شده در ارتباط با وجود اثر غیرمستقیم تاب آوری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان به واسطه‌ی شفقت بر خود با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است ($p > 0.05$). اثر غیرمستقیم تاب آوری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حمایت اجتماعی بر افسردگی بیماران مبتلا به سرطان به واسطه‌ی امیدواری با ۹۵ درصد اطمینان مورد تأیید بوده است ($p > 0.05$).

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

نام شاخص	مقدار	حد مجاز
$\frac{\chi^2}{df}$	۱.۲۹	کمتر از ۳
ریشه میانگین خطای برآورد ^۱	۰.۰۳	کمتر از ۰/۱
برازندگی تعدیل یافته ^۲	۰.۹۶	بالاتر از ۰/۹
برازندگی نرم شده ^۳	۰.۹۵	بالاتر از ۰/۹
نیکویی برازش ^۴	۰.۹۶	بالاتر از ۰/۹
نیکویی برازش اصلاح شده ^۵	۰.۹۴	بالاتر از ۰/۹

۱. Root Mean Square Error Approximation

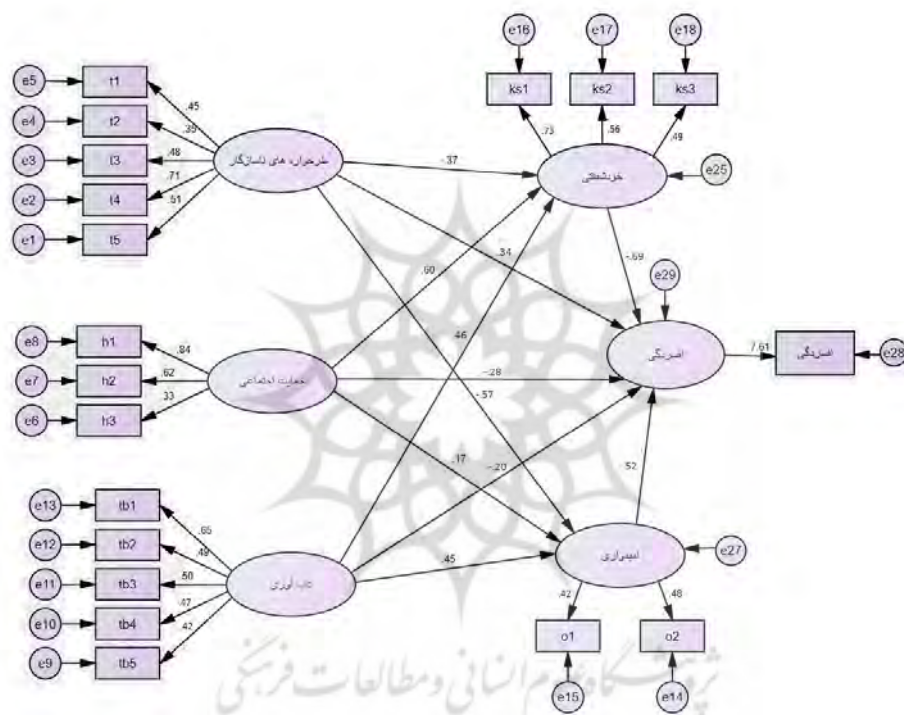
۲. Comparative Fit Index

۳. Normed Fit Index

۴. Goodness of Fit Index

۵. Adjusted Goodness of Fit Index

به طور کلی در کار با برنامه اموس هر یک از شاخص‌های به دست آمده به تنهایی دلیل برازندگی یا عدم برازندگی مدل نیستند و این شاخص‌ها را در کنار هم بایستی تفسیر نمود. مقدارهای به دست آمده برای این شاخص‌ها نشان می‌دهد که در مجموع الگو در جهت تبیین و برازش از وضعیت مناسبی برخوردار است.



شکل ۱. مدل در حالت ضرایب استاندارد شده

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آزمون آماری نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر متغیر افسردگی هم اثر مستقیم و هم اثر غیرمستقیم معنی‌داری دارد و با افزایش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افسردگی بیماران مبتلا به سرطان افزایش می‌یابد. در تبیین این یافته در ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عامل پیش‌بینی‌کننده برای کاهش پذیرش خود است. در انزوای اجتماعی و بیگانگی این احساس به فرد دست می‌دهد که با دیگران متفاوت است؛ بنابراین از دیگران کناره‌گیری می‌کند و احساس می‌کند به جامعه یا گروه خاصی تعلق خاطر ندارد. در یافته‌های یانگ و مارتین (۲۰۱۰) افرادی که طرحواره انزوای اجتماعی و بیگانگی دارند در پذیرش خود نیز دچار مشکل هستند، زیرا فرد ابتدا با خود احساس بیگانگی و غریبی می‌کند، از نیازها و نقاط ضعف و قوت خویش ناآگاه می‌شود و تلاشی برای آشتی با خود نمی‌کند.

این در حالی است که او همان‌گونه که خود را نمی‌پذیرد، از پذیرش دیگران و برقراری رابطه صمیمانه سر باز می‌زند. بیماری سرطان یکی از عواملی است که باعث می‌شود که فرد دست از فعالیت‌های اجتماعی بکشد و از نظر اجتماعی محدودتر می‌شود. در واقع تنهایی و انزوا از عمده مشکلاتی است که بیماران با آن روبه‌رو می‌شوند. از سویی بیماران دارای طرحواره ناسازگار به جای رسیدگی به نیازهای خود، دنبال ارضاء نیازهای دیگران هستند. آن‌ها این کار را برای دستیابی به تائید، تداوم رابطه هیجانی یا اجتناب از انتقام انجام می‌دهند. آن‌ها در دوران کودکی آزاد نبوده‌اند تا از تمایلات طبیعی خودشان پیروی کنند و در بزرگسالی به جای اینکه از درون جهت‌دهی شوند از محیط بیرونی تأثیر می‌پذیرند و از خواسته‌های دیگران تبعیت می‌کنند. ریشه تحولی طرحواره‌های این حیطه مبتنی بر پذیرش مشروط است. در اکثر این خانواده‌ها، والدین به جای توجه و اهمیت قائل شدن به نیازهای منحصر به فرد کودک، بیشتر نیازهای هیجانی یا منزلت اجتماعی خود را مهم می‌دانند باشد (گومز-ادربازولا و کالوت، ۲۰۲۰). معمولاً این‌طور به نظر می‌رسد که تمایلات، عقاید و احساسات فرد، فاقد ارزشمند یا برای دیگران اهمیت ندارند. این طرحواره‌ها، اغلب به شکل اطاعت افراطی همراه با حساسیت بیش از حد نسبت به احساسات دیگران تجلی می‌یابد. این طرحواره به طور کلی منجر به خشمی می‌شود که در قالب یک سری نشانه‌های ناسازگارانه از جمله رفتارهای منفعل پرخاش‌گرانه، طغیان‌های عاطفی کنترل نشده، علائم روان‌تنی، کناره‌گیری از عواطف آشکار می‌شود که همگی در راستای افزایش افسردگی هستند (داینر-بست و همکاران، ۲۰۱۸).

نتایج آزمون آماری نشان داد تاب‌آوری بر افسردگی، به صورت مستقیم و همچنین از طریق شفقت بر خود اثر می‌گذارد. در توجیه این یافته باید گفت که تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت‌نفس و مقابله موفق با تجربه‌های منفی می‌شود. بر این اساس، تاب‌آوری از طریق تقویت عزت‌نفس به عنوان یک مکانیزم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت و کاهش افسردگی منتهی می‌شود و این افراد توانایی سازگاری شان با مشکلات بیشتر از کسانی است که از این مزیت برخوردار نیستند. از طرفی، هر چه فرد قدرت بیشتری در تاب‌آوری مقابله با مشکلات و استرس‌های زندگی داشته باشد، کمتر در معرض آشفتگی‌های روانی و هیجانی قرار می‌گیرد و از سلامت بالاتری بهره‌مند می‌شود. به نظر می‌رسد که افراد تاب‌آور، به طرز خلاقانه و انعطاف‌پذیری به مسائل می‌نگرند، برای حل آن‌ها طرح و برنامه‌ریزی می‌کنند و نسبت به درخواست کمک از دیگران دریغ نمی‌ورزند و منابع کاملی برای مقابله با مشکلات دارند که این عوامل باعث می‌شود فرد از افسردگی پایین‌تری برخوردار باشد (ماسکوویتز، ۲۰۱۶). از سوی دیگر در تبیین این اثر باید به ماهیت تاب‌آوری اشاره کرد. همان‌گونه که برنز و آنستی (۲۰۱۰) بیان می‌کنند افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی باعث افزایش عزت‌نفس و مقابله موفق با تجربیات منفی می‌شود. از سویی دیگر ویژگی‌های مثبت اشخاص تاب‌آور مثل مشارکت در رفتارهای ارتقاء سلامتی، لذت بردن از چالش، تفسیر مثبت هیجانات منفی و استفاده از راهبردهای انطباقی متناسب با موقعیت، شاخص‌های سلامتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کاپلان، ۲۰۰۲؛ ورنر و اسمیت، ۱۹۹۲). در نهایت باید گفت که با ارتقای تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا و همچنین عواملی که سبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شود از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه کند. تاب‌آوری، با تعدیل و کم‌رنگ‌تر کردن عواملی چون استرس و افسردگی، سلامت روانی افراد را تضمین می‌کند (کانر، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد تاب‌آوری باعث عوامل محافظتی می‌شود که هم از جنبه روانی هم جنبه اجتماعی

منجر به خوش‌بینی افراد نسبت به وقایع شده و در نتیجه حالت کنترل بر محیط افزایش یافته و به بهبود عملکرد و بهداشت روانی مثبت در آینده می‌انجامد (یو و ژانگ، ۲۰۰۷).

نتایج آزمون آماری نشان داد حمایت اجتماعی ادراک شده بر افسردگی، به صورت مستقیم و همچنین از طریق امیدواری اثر می‌گذارد. این یافته را هم در چارچوب نظریه غیرمستقیم حمایت اجتماعی و هم در چارچوب نظریه مستقیم آن می‌توان تبیین نمود. نظریه مستقیم بر آن است که اثر حمایت اجتماعی بر سلامتی شخص مستقیم است و خود بخود برای سلامتی و تندرستی سودمند است و رابطه خیلی خطی بین کیفیت زندگی و حمایت اجتماعی وجود دارد. این الگو به الگوی عمومی حمایت اجتماعی نیز مرسوم است. طبق این الگو کمبود حمایت اجتماعی و یا فقدان آن به خودی خود فشار آور است، بنابراین حمایت اجتماعی در همه حال، اعم از وقوع حوادث تنش‌زا و غیر آن سودمند است. مطابق این الگو، حمایت اجتماعی به طرق مختلف مقاومت شخصی را افزایش می‌دهد (روو و همکاران، ۲۰۱۰). فلمینیگ و باوم (۱۹۸۶) که از نظریه پردازان این مدل‌اند معتقدند افراد با حمایت اجتماعی بالا از سلامتی بیشتری بهره می‌برند. در واقع سلامتی افراد متأثر از میزان حمایت اجتماعی آنان است. مدل تأثیر غیرمستقیم یا همان فرضیه سپر نیز بیان می‌کند که حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالاست بر سلامت روانی اثر می‌گذارد (کسکین و همکاران، ۲۰۱۵) و طبق این مدل حمایت اجتماعی، افراد را در مقابل اثرات بیماری‌زای رویدادهایی که فشار روانی را تشدید می‌کنند، حفظ می‌کند. در واقع حمایت اجتماعی به افراد کمک می‌کند تا در برابر وقایع استرس‌زا واکنش‌های مثبت از خود نشان دهند (نقل از رضی، ۱۳۸۶). به علاوه بر اساس تئوری شبکه افراد بنا به درگیری‌هایی که با اجتماعات متفاوت دارند پیوندهای اجتماعی خود را با دیگران تشکیل می‌دهند. در تئوری شبکه وجود پیوندها و بسط آن‌ها در قالب اجتماعات شخصی منجر به یک حمایت اجتماعی می‌شود. حمایت اجتماعی حاصل از این شبکه‌ها، افراد را در برابر آسیب‌های روانی و جسمانی محافظت می‌کند. مصونیت افراد در آسیب‌های روانی و جسمانی تابع ویژگی‌های ساختاری شبکه‌هایی است که در آن درگیر هستند، لذا تغییر این ویژگی‌های ساختاری با میزان حمایت اجتماعی و مصونیت‌پذیری در ارتباط است (روو و همکاران، ۲۰۱۰).

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم کنترل مدت ابتلا به سرطان بود که می‌تواند افسردگی شرکت‌کنندگان را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین با توجه به محدودیت‌های نمونه‌گیری، امکان کنترل وضعیت اقتصادی اجتماعی شرکت‌کنندگان در پژوهش فراهم نشد. بر اساس نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که در کلینیک‌هایی که با بیماران مبتلا به سرطان کار می‌شود، برای افزایش سطح افسردگی آنان از درمان مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی استفاده شود. از جمله مواردی که در مقابله با سرطان و کاهش افسردگی نقش دارد تاب‌آوری است. تاب‌آوری تنش را محدود نمی‌کنند و مشکلات را از بین نمی‌برند بلکه به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش‌رو مقابله سالم داشته باشند و با جریان زندگی حرکت کنند. تاب‌آوری ظرفیت مقاومت در برابر تنش است و با توجه به تنش‌های زیادی که بیماران مبتلا به سرطان با آن مواجه‌اند پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران حوزه‌ی بالینی و سلامت تلاش کنند که این قابلیت را برای سازگاری و غلبه بر خطرات و سختی‌ها تقویت کنند.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد؛ با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

تشکر و قدردانی

از همه شرکت‌کنندگان و کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- به شتی، ابراهیم، و حاجبی، مجید. (۱۳۹۷). رابطه تاب‌آوری و عمل به باورهای دینی با اضطراب و افسردگی در سربازان. *مجله طب نظامی*، ۲۰(۳): ۳۴۱-۳۳۳.
- تقدیسی، مریم، و منصور، احمد. (۱۳۹۸). مدل‌یابی رابطه بین فرایندهای نگرانی با نشانه‌های افسردگی و بی‌خوابی مراقبان افراد مبتلا به سرطان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۴): ۶۱۸-۶۳۰.
- حسین پور فیضی، محمدعلی، آذرفام، پروین، آدمپور زارع، مینا، و پولادی، ناصر. (۱۳۹۶). شیوع سرطان پستان در آذربایجان شرقی از شهریور ۱۳۸۵ لغایت شهریور ۱۳۸۸ در مقایسه با شهریور ۱۳۸۸ لغایت شهریور ۱۳۹۱. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز*، ۳۶: ۳۶-۵۰.
- صنعتگر، رایحه، و اسماعیلی، مریم. (۱۳۹۹). اثر بخشی بازی درمانی گروهی بر پذیرش اجتماعی و امید در کودکان مبتلا به سرطان. *خانواده درمانی کاربردی*، ۱(۲): ۱۲۵-۱۴۰.
- کاکاوند، علیرضا، نظری، فاطمه، و مشهدی فراهانی، ملکه. (۱۳۹۴). رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با شیوه‌های فرزندپروری مادران و اختلال‌های بیرونی‌شده فرزندان‌شان. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۹(۲): ۱۳۵-۱۱۵.
- لطفی حقیقت، امیر، منیرپور، نادر، و ضرغام حاجبی، مجید. (۱۴۰۰). مدل ساختاری درماندگی خانواده در بیماران مبتلا به سرطان بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله‌ای با نقش میانجی هم‌وابستگی خانواده. *خانواده درمانی کاربردی*، ۲(۳): ۵۱۱-۵۳۴.
- محمدی، فهیمه، دوکانه‌ای فرد، فریده، و حیدری، حسن. (۱۳۹۸). اثربخشی معنا درمانی بر شفقت بر خود و امید به زندگی در زنان مبتلا به افسردگی. *سنجش و پژوهش در مشاوره کاربردی*، ۱(۲): ۱۸-۱.
- مقدم، فرانک، و نامور، هومن. (۱۳۹۸). نقش سبک زندگی و آشفتگی روانشناختی در ناتوانی کارکردی بیماران مبتلا به سرطان سینه. *سنجش و پژوهش در مشاوره کاربردی*، ۲(۱): ۱۹-۳۴.
- یانگ، جفری، کلوکو، ژانت، و ویشار، مارجوری. (۲۰۰۳). *طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*. ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز (۱۳۸۶). تهران: انتشارات ارجمند.

References

- Andrews, P. W., Maslej, M. M., Thomson Jr, J. A., & Hollon, S. D. (2020). Disordered doctors or rational rats? Testing adaptationist and disorder hypotheses for melancholic

- depression and their relevance for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 101927.
- Bade BC, Dela Cruz CS. (2020) Lung Cancer: Epidemiology, Etiology, and Prevention. *Clin Chest Med*; 41(1): 1-24.
- Booth, N. R., McDermott, R. C., Cheng, H.-L., & Borgogna, N. C. (2019). Masculine gender role stress and self-stigma of seeking help: The moderating roles of self-compassion and self-coldness. *Journal of Counseling Psychology*. Advance online publication.
- Bozikas, V., & Parlapani, E. (2016). Resilience in patients with psychotic disorder. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 27(1), 13.
- Boyle, M. (2018). Art Therapy for Major Depression: Positive Psychology and the Therapeutic Alliance.
- Brown, S. L., Hughes, M., Campbell, S., & Cherry, M. G. (2020). Could worry and rumination mediate relationships between self compassion and psychological distress in breast cancer survivors?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(1), 1-10.
- Byrne, B. M. (۲۰۱۰). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Routledge.
- Conceição, E. M., Fernandes, M., de Lourdes, M., Pinto-Bastos, A., Vaz, A. R., & Ramalho, S. (2020). Perceived social support before and after bariatric surgery: association with depression, problematic eating behaviors, and weight outcomes. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(3), 679-692.
- Conley, E., & Andersen, D. (2019). Health professional cultural competence reduces the psychological and behavioral impact of negative healthcare encounters. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 13(5), 432-440.
- David, V. A., & Enache, R. G. (2020). Depression in cancer patients. *Technium Social Sciences Journal*, 12, 150-159.
- Dunn, B. D., & Roberts, H. (2016). Improving the capacity to treat depression using talking therapies: Setting a positive clinical psychology agenda.
- Erim, D. O., Bensen, J. T., Mohler, J. L., Fontham, E. T., Song, L., Farnan, L., ... & Gaynes, B. N. (2019). Prevalence and predictors of probable depression in prostate cancer survivors. *Cancer*, 125(19), 3418-3427.
- Evans, S. E., Steel, A. L., & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role? *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 934-943.
- Fervaha, G., Izard, J. P., Tripp, D. A., Rajan, S., Leong, D. P., & Siemens, D. R. (2019, April). Depression and prostate cancer: a focused review for the clinician. In *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations* (Vol. 37, No. 4, pp. 282-288). Elsevier.
- Fradelos, E. C. (2019). Connecting the dots: understanding the relationship between religiosity, psychological resilience and depression in breast cancer patients. *Progress in Health Sciences*, 9(1), 98-104.
- Gómez-Odrizola, J., & Calvete, E. (2020). Longitudinal Bidirectional Associations Between Dispositional Mindfulness, Maladaptive Schemas, and Depressive Symptoms in Adolescents. *MINDFULNESS*.
- Hong JF, Zhang W, Song YX, Xie LF, Wang WL. (2015). Psychological distress in elderly cancer patients. *Int J Nurs Sci*. 2: 23-7.
- Hou., & Lam. (2014). Effects of paclitaxel on mechanical sensitivity and morphine reward in male and female C57Bl6 mice. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 24(6), 485-495.

- Huang G, Wu Y, Zhang G, Zhang P, Gao J (2011). Analysis of the psychological conditions and related factors of breast cancer patients. *The Chinese German Journal of Clinical Oncology*; 9(1):53-7.
- Huang, J., Wang, X., Li, W., & An, Y. (2019). The relationship between conscientiousness and posttraumatic stress disorder among young Chinese firefighters: The mediating effect of perceived social support. *Psychiatry Research*, 273, 450-455.
- Jean, C. Y., & Syrjala, K. L. (2017). Anxiety and depression in cancer survivors. *Medical Clinics*, 101(6), 1099-1113.
- Kimura T, Egawa S. (2018). Epidemiology of prostate cancer in Asian countries. *Int J Urol*; 25(6): 524-531.
- Kripke, D. F. (2016). Hypnotic drug risks of mortality, infection, depression, and cancer: but lack of benefit. *F1000Research*, 5.
- Liao MN, Chen SC, Lin YC, Chen MF, Wang CH, Jane SW (2013). Education and psychological support meet the supportive care needs of Taiwanese women three months after surgery for newly diagnosed breast cancer: A non-randomized quasi-experimental study. *International journal of nursing studies*; 51:390-9.
- Neff KD.(2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity*. 2(3):223-50.
- Peoples, A. R., Garland, S. N., Pigeon, W. R., Perlis, M. L., Wolf, J. R., Heffner, K. L., ... & Morrow, G. R. (2019). Cognitive behavioral therapy for insomnia reduces depression in cancer survivors. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15(1), 129-137.
- Przedzieceki A, Sherman KA, Baillie A, Taylor A, Foley E, Stalgis-Bilinski K.(2013). My changed body: breast cancer, body image, distress and self-compassion. *Psychooncology*;22(8):1872-9.
- Richardson, C. M., Trusty, W. T., & George, K. A. (2020). Trainee wellness: self-critical perfectionism, self-compassion, depression, and burnout among doctoral trainees in psychology. *Counselling Psychology Quarterly*, 33(2), 187-198.
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., Pyun, Y., Aycocock, C., & Coyle, S. (2016). A meta-analytic review of the association between perceived social support and depression in childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 142(10), 1017.
- Schaap, G. M., Chakhssi, F., & Westerhof, G. J. (2016). Inpatient schema therapy for nonresponsive patients with personality pathology: Changes in symptomatic distress, schemas, schema modes, coping styles, experienced parenting styles, and mental well-being. *Psychotherapy*, 53(4), 402-412.
- Thompson, T., Pérez, M., Kreuter, M., Margenthaler, J., Colditz, G., & Jeffe, D. B. (2017). Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social Science & Medicine*, 192, 134-142.
- Todorov, N., Sherman, K. A., Kilby, C. J., & Breast Cancer Network Australia. (2019). Self compassion and hope in the context of body image disturbance and distress in breast cancer survivors. *Psycho oncology*, 28(10), 2025-2032.
- Trompetter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive therapy and research*, 41(3), 459-468.
- Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, 152, 1-8.
- Young, J., & Martin, R. (2010). *Schema Therapy*. In K.S. Dobson (Ed), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (pp 317-346). New York: The Guilford Press.

- Zhang D.H., & He, H.L. (2010). Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Social Behavior and Personality*, 38(8), 1119-1122.
- Zhang, L., Huang, W., Fan, H., Liu, Y., Cao, Y., & Chen, Y (2020). Correlation Analysis of Early Maladaptive Schema and Clinical Symptoms, Personality Characteristics and Defense Mechanism of Depression Patients.
- Zhu, L., Wang, J., Liu, S., Xie, H., Hu, Y., Yao, J., ... & Fleer, J. (2020). Self-Compassion and Symptoms of Depression and Anxiety in Chinese Cancer Patients: the Mediating Role of Illness Perceptions. *Mindfulness*, 11(10), 2386-2396.

پرسشنامه افسردگی بک

(۱)

خود را غمگین احساس نمی‌کنم.
 خود را دل‌گرفته یا غمگین احساس می‌کنم.
 خود را همیشه دل‌گرفته یا غمگین احساس می‌کنم و نمی‌توانم به حالت عادی برگردم.
 به قدری خود را غمگین یا بی‌نشاط احساس می‌کنم که ناراحت می‌شوم.
 به قدری خود را غمگین یا بی‌نشاط احساس می‌کنم که تحملش را ندارم.

(۲)

نسبت به آینده، بدبینی یا ناامیدی خاصی ندارم.
 نسبت به آینده ناامید نیستم.
 احساس می‌کنم که هیچ‌امیدی به آینده ندارم.
 احساس می‌کنم که هرگز نخواهم توانست مشکلات را تحمل کنم.
 احساس می‌کنم که آینده ناامیدکننده است.

(۳)

احساس نمی‌کنم که شکست خورده‌ام.
 احساس می‌کنم که شکست خورده‌تر از نصف مردم هستم.
 احساس می‌کنم که کارهای باارزش و معنی‌دار بسیار کمی انجام داده‌ام.
 وقتی به گذشته نگاه می‌کنم، غیر از شکست‌های زیاد، چیز دیگری نمی‌بینم.
 احساس می‌کنم شخص کاملاً شکست‌خورده‌ای هستم.

(۴)

نارضایتی خاصی ندارم.
 در اکثر مواقع احساس بی‌حوصلگی می‌کنم.
 مثل گذشته برای هیچ‌چیزی خوشحال نمی‌شوم.
 از هیچ‌چیزی احساس رضایت نمی‌کنم.
 به طور کلی ناراضی هستم.

(۵)

خود را گنهکار احساس نمی‌کنم.
 خود را معمولاً بد و بی‌لیاقت احساس می‌کنم.
 معمولاً خود را گنهکار احساس می‌کنم.
 تقریباً همیشه خود را بد و بی‌لیاقت احساس می‌کنم.
 خود را خیلی بد یا خیلی بی‌لیاقت احساس می‌کنم.

(۶)

احساس نمی‌کنم که تنبیه می‌شوم.
 احساس می‌کنم که برایم اتفاق بدی خواهد افتاد.
 احساس می‌کنم که تنبیه می‌شوم یا تنبیه خواهم شد.
 احساس می‌کنم که سزاوار تنبیه شدن هستم.

می خواهم که تنبیه شوم.

(۷)

احساس نمی کنم که سرخورده ام.

احساس می کنم که سرخورده ام.

خودم را دوست ندارم.

از خودم بیزارم.

نسبت به خودم کینه دارم.

(۸)

احساس نمی کنم که بد تر از دیگران هستم.

به خاطر ضعف ها و خطاهایی که دارم، از خودم انتقاد می کنم.

خود را به خاطر خطاهایم سرزنش می کنم.

هر اتفاق بدی که می افتد خود را سرزنش می کنم.

(۹)

به این فکر نیستم که اسیبی به خود برسانم.

فکرهای آسیب رساندن به خود دارم اما به مرحله اجرا در نمی آورم.

احساس می کنم اگر بمیرم بهتر است.

احساس می کنم که اگر بمیرم خانواده ام راحت خواهد شد.

برای خود کشتی زرح های روشنی دارم.

اگر بتوانم خودم را می کشم.

(۱۰)

بیشتر از حد معمول گریه نمی کنم.

نسبت به گذشته بیشتر گریه می کنم.

در حال حاضر، همیشه گریه می کنم، نمی توانم گریه نکنم.

قبلا می توانستم گریه کنم، اما حالا اصلا نمی توانم گریه کنم، حتی اگر بخواهم.

(۱۱)

حال که عادت کرده ام، دیگر عصبانی نمی شوم.

در حال حاضر، بیشتر از مواقع عادی، ناراحت یا عصبانی می شوم.

به طور دائم عصبانی می شوم.

در اثر چیزهایی که معمولا مرا عصبانی می کردند ف دیگر عصبانی نمی شوم.

(۱۲)

علاقه خود را نسبت به مردم از دست نداده ام

نسبت به گذشته، کمتر به مردم علاقه دارم.

بیشترین علاقه خود را به مردم از دست داده ام و نمی توانم به آن ها احساس داشته باشم.

همه علاقه خود را به مردم از دست داده ام و اصلا به فکر آن ها نیستم.

(۱۳)

مثل گذشته، بخوبی تصمیم می گیرم.

سعی می کنم تصمیم گیری ها را به عقب بیاورم.

برای تصمیم گیری، دشواری های زیادی دارم.

اصلا نمی توانم تصمیم بگیرم.

(۱۴)

فکر نمی کنم مثل گذشته زشت به نظر برسم.

نگرانم که پیر و غیر جذاب به نظر برسم.

احساس می کنم که تغییرات زیادی کرده ام و غیر جذاب شده ام.

خود را زشت و نفرت انگیز احساس می کنم.

(۱۵)

عملاً می‌توانم به خوبی گذشته کار کنم.
برای شروع یک کار به تلاش‌های زیادی نیاز دارم.
به خوبی گذشته کار نمی‌کنم.
برای انجام دادن یک کار، خیلی باید به خود فشار بیاورم
هیچ کاری نمی‌توانم انجام دهم.

(۱۶)

طبق معمول خوب می‌توانم بخوابم.
صبح‌ها خسته‌تر از معمول بیدار می‌شوم.
یک یا دوساعت زودتر از معمول بیدار می‌شوم و به دشواری می‌توانم دوباره بخوابم.
هرروز خیلی زود از خواب بیدار می‌شوم و نمی‌توانم بیشتر از پنج ساعت بخوابم.

(۱۷)

خسته‌تر از همیشه نیستم.
نسبت به گذشته زودتر خسته می‌شوم.
هرکاری انجام بدهم خسته می‌شوم.
خیلی خسته‌تر از آن هستم که کاری انجام بدهم.

(۱۸)

اشتهایم مثل همیشه خوب است.
اشتهایم به خوب یه‌همیشه نیست.
در حال حاضر اشتهای خوبی ندارم.
اصلاً اشتها ندارم.

(۱۹)

در این اواخر، وزنم خیلی کم نشده است.
وزنم بیش از ۲٫۵ کیلوگرم کم شده است.
وزنم بیش از ۵ کیلوگرم کم شده است.
وزنم بیش از ۷٫۵ کیلوگرم کم شده است.

(۲۰)

بیش از معمول به فکر سلامتی خود نیستم.
به فکر دردها و رنجها، یا به فکر دشواری‌های هاضمه یا یبوست هستم.

آن قدر به فکر سلامتی و چگونگی حالم هستم که نمی‌توانم به چیز دیگری فکر کنم.
مهم‌ترین مشکل سلامتی خودم است.

(۲۱)

در علاقه خود به مسائل جنسی هیچ تغییری احساس نکرده‌ام.
نسبت به گذشته، کمتر به مسائل جنسی علاقه دارم.
در حال حاضر به مسائل جنسی کمتر علاقه دارم.
علاقه خود به مسائل جنسی را به طور کامل از دست داده‌ام.

مقیاس تاب آوری

عبارات	کاملاً	به ندرت	گاهی	اغلب	همیشه
	نادرست		درست	درست	درست

۱- وقتی تغییری رخ می‌دهد، می‌توانم خودم را با آن سازگار کنم.

۲- حداقل یک نفر هست که رابطه نزدیک و صمیمی ام با او در زمان استرس به من کمک می‌کند.

- ۳- وقتی که راه حل روشنی برای مشکلاتم وجود ندارد، گاهی خدا یا تقدیر می‌تواند کمک کند.
- ۴- می‌توانم برای هر چیزی که سر راهم قرار می‌گیرد، چاره‌ای بیندیشم.
- ۵- موفقیت‌هایی که در گذشته داشته‌ام، چنان اطمینانی در من ایجاد کرده‌اند که می‌توانم با چالش‌ها و مشکلات پیش‌رو برخورد کنم.
- ۶- وقتی با مشکلات مواجه می‌شوم سعی می‌کنم جنبه‌خنده‌دار آنها را هم ببینم.
- ۷- لزوم کنار آمدن با استرس موجب قوی‌تر شدنم می‌گردد.
- ۸- معمولاً پس از بیماری، صدمه و سایر سختی‌ها به حال اولم باز می‌گردم.
- ۹- معتقدم که در هر اتفاق خوب یا بد، مصلحتی هست.
- ۱۰- در هر کاری بیشترین تلاشم را می‌کنم و به نتیجه‌هم‌کاری ندارم.
- ۱۱- معتقدم که علیرغم موانع موجود، می‌توانم به اهدافم دست یابم.
- ۱۲- حتی وقتی که امور ناامیدکننده می‌شوند، مأیوس نمی‌شوم.
- ۱۳- در لحظات استرس و بحران، می‌دانم که برای کمک گرفتن به کجا مراجعه کنم.
- ۱۴- وقتی که تحت فشار هستم تمرکز را از دست نمی‌دهم و درست فکر می‌کنم.
- ۱۵- ترجیح می‌دهم که خودم مشکلاتم را حل کنم تا این که دیگران تمامی تصمیم‌ها را بگیرند.
- ۱۶- اگر شکست بخورم به راحتی دلسرد نمی‌شوم.
- ۱۷- وقتی با چالش‌ها و مشکلات زندگی دست و پنجه نرم می‌کنم، خود را فردی توانا می‌دانم.
- ۱۸- در صورت لزوم می‌توانم تصمیم‌های دشوار و غیرمنتظره‌ای بگیرم که دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- ۱۹- می‌توانم احساسات ناخوشایندی چون غم، ترس و خشم را کنترل کنم.
- ۲۰- در برخورد با مشکلات زندگی، گاهی لازم می‌شود که صرفاً بر اساس حدس و گمان عمل کنم.
- ۲۱- در زندگی یک حس نیرومند هدفمندی دارم.
- ۲۲- حس می‌کنم بر زندگی‌م کنترل دارم.
- ۲۳- چالش‌های زندگی را دوست دارم.
- ۲۴- بدون در نظر گرفتن موانع پیش‌رو، برای رسیدن به اهدافم تلاش می‌کنم.
- ۲۵- به خاطر پیشرفت‌هایی که به خود می‌یابم.

پرسشنامه شفقت خود

ردیف	سؤال	تقریباً هرگز	به ندرت	گاهی اوقات	اغلب تقریباً همیشه
------	------	--------------	---------	------------	--------------------

- ۱ من درباره اشتباهات و بی‌کفایتی‌های خود به قضاوت می‌نشینم و آنها را تائید نمی‌کنم.
- ۲ وقتی احساس دل‌تنگی می‌کنم، معمولاً دچار وسواس می‌شوم و ذهنم روی بسیاری از کارهای اشتباه متمرکز می‌شود.
- ۳ وقتی اتفاق بدی برایم رخ می‌دهد، فکر می‌کنم این مشکلات بخشی از زندگی است که امکان دارد برای هر کسی اتفاق بیفتد.
- ۴ وقتی که در مورد بی‌کفایتی‌هایم فکر می‌کنم، بیشتر احساس تنهایی می‌کنم و فکر می‌کنم متفاوت از بقیه افراد جهان هستم.
- ۵ وقتی که دچار درد عاطفی می‌شوم، تلاش می‌کنم تا خودم را دوست داشته باشم.
- ۶ وقتی در کاری که برایم مهم است، شکست می‌خورم، بر اثر احساس بی‌کفایتی، تحلیل می‌شوم.
- ۷ وقتی تحقیر و تنهایی می‌گذارند، به خودم یادآور می‌شوم که بسیاری از افراد دیگر احساسی مثل من خواهند داشت.
- ۸ وقتی شرایط واقعاً سخت است، معمولاً نسبت به خودم سخت‌گیری می‌کنم.
- ۹ وقتی چیزی باعث برآشفته شدنم می‌شود، سعی می‌کنم در هیجان‌های خودم تعادل ایجاد کنم.
- ۱۰ وقتی که در برخی موارد احساس بی‌کفایتی می‌کنم، سعی می‌کنم به یادآورم که احساس بی‌کفایتی چیزی است که در بین همه انسانها مشترک است.
- ۱۱ نسبت به بعضی از ویژگیهای شخصیتم که دوست ندارم، بی‌تحمیل و ناشکیبا هستم.
- ۱۲ زمانی که در شرایط سختی قرار دارم از خود مراقبت می‌کنم و به خود مهر می‌ورزم.
- ۱۳ وقتی احساس اندوه می‌کنم، معمولاً احساس می‌کنم که ممکن است بیشتر افراد از من خوشبخت‌تر هستند.
- ۱۴ وقتی اتفاق دردناکی رخ می‌دهد، سعی می‌کنم نگاهی متعادل نسبت به آن داشته باشم.
- ۱۵ سعی می‌کنم شکست‌هایم را به عنوان بخشی از شرایط زندگی انسانی بدانم.
- ۱۶ وقتی می‌بینم که برخی از ویژگیهای خودم را دوست ندارم، دلم به حال خودم می‌سوزد.
- ۱۷ وقتی از چیزی که برایم مهم است، شکست می‌خورم، سعی می‌کنم چشم‌انداز و آینده را در نظر بگیرم.
- ۱۸ هنگامی که در انجام کاری که برایم مهم است، شکست می‌خورم، معمولاً احساس می‌کنم که این شکست تنها برای من است.
- ۱۹ وقتی که رنجی را تجربه می‌کنم با خود مهربان می‌شوم.
- ۲۰ وقتی چیزی مرا آشفته می‌کند، احساسات مرا به شدت جریحه دار می‌کند.
- ۲۱ وقتی رنجی را تجربه می‌کنم تا اندازه‌ای نسبت به خودم به سردی رفتار می‌کنم.
- ۲۲ وقتی احساس دل‌تنگی می‌کنم، می‌کوشم با کنجکاوی و خاطری آسوده با احساساتم روبرو شوم.
- ۲۳ من کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خودم را تحمل می‌کنم.
- ۲۴ وقتی اتفاق دردناکی برایم رخ می‌دهد، معمولاً آن را بزرگ جلوه می‌دهم.

- ۲۵ وقتی به واقع سخت در تلاش هستم، معمولاً احساس می‌کنم که دیگران
بیش از من در آسایش به سر می‌برند.
- ۲۶ سعی می‌کنم نسبت به ابعادی از شخصیتم که دوست ندارم، درکی واقع
بینانه و همراه با شکیبایی داشته باشم.

پرسشنامه امید

سؤالات	کاملاً موافقم	موافقم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱ به نظر من راه های زیادی برای رهایی از فشارها وجود دارد				
۲ من انرژی زیادی برای رسیدن به هدفم دارم				
۳ من بیشتر اوقات احساس خستگی می‌کنم				
۴ راه های زیادی پیرامون حل مشکل وجود دارد				
۵ من در یک استدلال به اسانی کوتاه می‌ایم				
۶ به نظر من راه های زیادی برای رسیدن به چیزهایی که در زندگی ام مهم است وجود دارد				
۷ من در مورد سلامتی ام ناراحتم				
۸ می‌دانم که توان پیدا کردن راه حلی برای حل هر مشکلی را دارم				
۹ تجربه های گذشته من برای آینده من مناسب اند				
۱۰ من در زندگی ام موفقیت زیبایی به دست آوردم				
۱۱ من معمولاً در خودم نگرانی هایی در باره بعضی چیزها پیدا می‌کنم				
۱۲ من به همه اهدافی که مد نظر دارم می‌رسم				

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه

شم اره	عبارت	کاملاً غلط	تقریباً غلط	نشسته است تا غلط	اندک در دست	تقریباً درست	کاملاً درست
۱	اغلب کسی را نداشته‌ام که از من حمایت کند، حرف‌هایش را با من بزند و عمیقاً نگران اتفاقاتی باشد که برایم می‌افتد.						
۲	به طور کلی کسی نبوده که به من عاطفه، محبت و صداقت نشان دهد.						
۳	در بیشتر اوقات زندگی، این احساس به من دست نداد که برای فرد دیگری، شخص ویژه و متمایز به شمار روم.						
۴	در اغلب اوقات کسی را نداشته‌ام که واقعاً در دل به من گوش دهد، مرا بفهمد یا اینکه احساسها و نیازهای واقعی مرا درک کند.						
۵	وقتی که نمی‌دانستم کاری را چگونه انجام دهم، به ندرت شخصی پیدا می‌شد که مرا نصیحت و راهنمایی کند.						
۶	من به افراد نزدیک خودم خیلی وابسته‌ام، چون می‌ترسم مرا ترک کنند.						

۷. آنقدر به دیگران نیازمندم که نگران از دست دادن آنها هستم.
۸. نگرانم از اینکه افرادی که به من نزدیکند مرا ترک و رها کنند.
۹. وقتی احساس می‌کنم کسی که برایم مهم است از من دوری می‌کند، مأیوس می‌شوم.
۱۰. برخی اوقات آنقدر نگران آن هستم که مردم مرا ترک کنند، که آنها را از خودم می‌رانم.
۱۱. احساس می‌کنم که مردم از من سودجویی می‌کنند.
۱۲. احساس می‌کنم که باید در حضور دیگران از خودم محافظت کنم، چون فکر می‌کنم در غیراین صورت به من آسیب می‌زنند.
۱۳. دیگران دیر یا زود به من خیانت می‌کنند.
۱۴. نسبت به انگیزه‌های دیگران سوءظن شدید دارم.
۱۵. معمولاً به طور جدی به انگیزه‌های نهانی مردم فکر می‌کنم.
۱۶. فکر می‌کنم وصله ناجور اجتماع هستم.
۱۷. اساساً با بقیه خیلی فرق دارم.
۱۸. نمی‌توانم به کسی تعلق خاطر داشته باشم، انسان گوشه‌گیری هستم.
۱۹. احساس می‌کنم از مردم بیگانه شده‌ام.
۲۰. همیشه احساس می‌کنم در بین افراد گروه، جایی ندارم.
۲۱. مردان یا زنانی که دوستشان دارم، وقتی نقاط ضعف مرا ببینند، دیگر دوستم ندارند.
۲۲. اگر کسی واقعاً مرا بشناسد دوست ندارد با من رابطه‌ای نزدیک برقرار کند.
۲۳. لیاقت عشق، توجه و احترام دیگران را ندارم.
۲۴. احساس می‌کنم هیچ کس مرا دوست ندارد.
۲۵. در بسیاری جنبه‌ها، بیش از آن ناپذیرفتنی هستم که بتوانم خودم را به دیگران نشان بدهم.
۲۶. تقریباً هیچ کاری را نمی‌توانم به خوبی دیگران انجام دهم.
۲۷. وقتی به موفقیت نزدیک می‌شوم از درون احساس بی‌کفایتی می‌کنم.
۲۸. بیشتر مردم در حوزه‌های شغلی و کاری از من تواناترند.
۲۹. نمی‌توانم مانند اغلب مردم در کارهایم با استعداد باشم.
۳۰. در کار یا تحصیل، مثل بقیه باهوش نیستم.
۳۱. احساس می‌کنم نمی‌توانم به تنهایی از پس کارهای زندگی روزمره ام بربیایم.
۳۲. فکر می‌کنم در انجام کارهای روزمره، آدم وابسته‌ای هستم.
۳۳. فاقد عقل سلیم هستم.
۳۴. اصلاً به قضاوت‌های خودم در موقعیت‌های روزمره اعتماد ندارم.
۳۵. احساس می‌کنم نمی‌توانم به تنهایی گلیم خودم را از آب بیرون بکشم.
۳۶. نمی‌توانم از شر این احساس رها شوم که اتفاق بدی می‌خواهد بیفتد.
۳۷. احساس می‌کنم هر لحظه ممکن است یک فاجعه طبیعی، جنایی یا حقوقی یا پزشکی برایم اتفاق بیفتد.
۳۸. می‌ترسم مورد حمله قرار بگیرم.
۳۹. می‌ترسم تمام سرمایه خود را از دست بدهم و بیچاره شوم.
۴۰. اغلب نگران دچار سکنه قلبی بشوم، حتی وقتی دلایل پزشکی کمی برای این احتمال وجود دارد.
۴۱. قادر نیستم از والدینم جدا شوم، کاری که هم سن و سال‌هایم انجام می‌دهند.
۴۲. من و والدینم تمایل داریم خود را بیش از حد در مشکلات زندگی یکدیگر درگیر کنیم.
۴۳. برای من و والدینم بسیار سخت است که بدون داشتن احساس گناه یا خیانت، مسائل جزئی خصوصی خود را از یکدیگر پنهان نگه داریم.
۴۴. اغلب احساس می‌کنم که انگار والدینم در من زندگی می‌کنند. من نمی‌توانم یک زندگانه جداگانه در خودم داشته باشم.
۴۵. اغلب احساس می‌کنم که هویت جداگانه‌ای از والدین و همسر ندارم.
۴۶. فکر می‌کنم اگر کاری را بکنم که دلم می‌خواهد، برای خودم دردسر درست می‌کنم.
۴۷. احساس می‌کنم چاره‌ای ندارم جز اینکه به خواسته‌های دیگران تن بدهم، چون در غیر این صورت مرا ترک می‌کنند یا در صدد تلافی بر می‌آیند.

۴۸	در روابط، به دیگران اجازه می‌دهم که بر من مسلط شوند.
۴۹	همیشه به دیگران اجازه داده ام به جای من تصمیم بگیرند، در نتیجه من واقعاً نمی‌دانم چه می‌خواهم.
۵۰	خیلی برایم مشکل است از دیگران تقاضا کنم حقوقم را رعایت کنند و احساساتم را درک کنند.
۵۱	کار مراقبت از نزدیکانم روی دوش من است.
۵۲	آدم خوبی هستم، چون بیش از آنکه به فکر خودم باشم، به فکر دیگرانم.
۵۳	مهم نیست که چقدر سرم شلوغ است، من همیشه می‌توانم وقتی را برای دیگران کنار بگذارم.
۵۴	همیشه سنگ صبور مشکلات دیگران بوده‌ام.
۵۵	دیگران نظرشان این است که من برای دیگران خیلی کار می‌کنم، ولی برای خودم کاری انجام نمی‌دهم.
۵۶	از اینکه احساسات مثبتم (مثل محبت و توجه) را به دیگران نشان بدهم، خیلی خجالت می‌کشم.
۵۷	برای من خیلی سخت است که احساساتم را نزد دیگران بروز دهم.
۵۸	برای من خیلی سخت است که راحت و خودانگیخته رفتار کنم.
۵۹	آنقدر خودم را کنترل می‌کنم که مردم فکر می‌کنند آدمی بی احساس هستم.
۶۰	مردم نظرشان این است که من عصبی و ناراحتم.
۶۱	باید در هر کاری که انجام می‌دهم بهترین باشم؛ نمی‌توانم توقعم را کم کنم.
۶۲	سعی می‌کنم نهایت تلاش خودم را بکنم؛ اینکه کار "تا حدودی خوب باشد" هیچگاه راضی‌ام نمی‌کند.
۶۳	باید به تمام مسئولیت‌هایم عمل کنم.
۶۴	احساس می‌کنم برای پیشرفت و دستیابی به خواسته‌های خود همواره تحت فشار هستم.
۶۵	وقتی که کاری را اشتباه انجام می‌دهم، نمی‌توانم خودم را ببخشم یا برای اشتباهم بهانه تراشی کنم.
۶۶	وقتی از کسی چیزی می‌خواهم، خیلی برایم سخت است "نه" بشنوم.
۶۷	آدم خاصی هستم و نمی‌توانم محدودیت‌هایی را که بر سر راه مردم وجود دارد بپذیرم.
۶۸	از اینکه مرا محدود کنند یا نگذارند کاری را که می‌خواهند بکنم، متنفرم.
۶۹	احساس می‌کنم نباید از قانونها و قرار دادهای بهنجاری که مردم تابع آنها هستند، اطاعت کنم.
۷۰	احساس می‌کنم کاری که من باید بکنم ارزشمندتر از کارهای دیگران است.
۷۱	نمی‌توانم برای انجام تمام و کمال وظایف معمول یا خسته کننده، نظم و انضباط خاصی داشته باشم.
۷۲	اگر به یکی از اهدافم نرسم، زود مأیوس می‌شوم و دست از کار می‌کشم.
۷۳	برای من خیلی سخت است که رضایت آنی را فدای خوشحالی آنی کنم.
۷۴	نمی‌توانم به خودم فشار بیاورم که کارهایی که برایم خوشایند نیستند، انجام دهم، حتی وقتی که می‌دانم نتایج خوبی در پی دارند.
۷۵	به ندرت توانسته‌ام به تصمیم خودم پایبند باشم.

پرسشنامه حمایت ادراک شده

عبارت	کاملاً موافق	موافق کمی	نظری	کمی مخالف	مخالف کاملاً
۱- همیشه در مواقع ضروری فرد خاصی در کنارم حضور دارد.	موافق	موافق کمی	نظری	مخالف کمی	مخالف کاملاً
۲- فرد ویژه ای در کنارم وجود دارد که می‌توانم شادی‌ها و غمی‌هایم را با او تقسیم کنم.	موافق	موافق کمی	نظری	مخالف کمی	مخالف کاملاً
۳- خانواده همیشه سعی دارد تا به من کمک کند.	موافق	موافق کمی	نظری	مخالف کمی	مخالف کاملاً
۴- من همیشه حمایت‌های عاطفی و کمک‌های مورد نیازم را از خانواده دریافت می‌کنم.	موافق	موافق کمی	نظری	مخالف کمی	مخالف کاملاً
۵- فرد خاصی در کنارم است که یم منبع واقعی برای راحتی و آسایش من است.	موافق	موافق کمی	نظری	مخالف کمی	مخالف کاملاً
۶- دوستانم واقعا به من کمک می‌کنند.	موافق	موافق کمی	نظری	مخالف کمی	مخالف کاملاً

- ۷- وقتی دچار دردسر می شوم می توان روی دوستان حساب کنم.
- ۸- می توانم در مورد مشکلات با خانواده ام صحبت کنم.
- ۹- دوستانی دارم که می توانی غم ها و شادی هایم را با آن در میان بگذارم.
- ۱۰- فرد خاصی در کنارم حضور دارد که به احساساتم توجه می کند.
- ۱۱- خانواده ام مایل است که به من در تصمیماتم کمک کند.
- ۱۲- می توانم درباره مشکلاتم با دوستانم صحبت کنم

A Structural Model of Depression Based on Early Maladaptive Schemas, Resilience and Perceived Social Support with the Mediating Role of Self-Compassion and Hope in men and women with cancer

Soroush. Shahbeik¹, Ameneh. Moazedian^{2*}, Parviz. Sabahi³ & Arsalan. Khanmohammadi Otaghsara⁴

Abstract

Aim: The aim of the present study was to investigate the depression prediction model based on early maladaptive schemas, resilience and perceived social support by considering the mediating role of self-compassion and hope in men and women with cancer. **Methods:** The research method was descriptive correlation. The statistical population in this study included all cancer patients referred to Imam Khomeini and Milad hospitals in Tehran. The sample size was 300 patients were selected based on inclusion and exclusion criteria. Research instruments included the Nef Self-Sufficiency Questionnaire (2003), Young's early maladaptive Schemas Questionnaire (1998), Connor-Davidson Resilience Questionnaire (2005), Zimet et al.'s Perceived Social Support Questionnaire (1988), Beck depression Scale (1961) And Snyder (1991) Hope Questionnaire. The collected data were analyzed by structural equation modeling. **Results:** The finding of data analysis showed that the depression prediction model based on initial maladaptive schemas, resilience and perceived social support, considering the mediating role of self-compassion and hope based on experimental data, has a good fit. Also, the direct and indirect effects of early maladaptive schemas, perceived resilience and social support were considered ($p < 0.05$) regarding the mediating role of self-care and hope on the depression of cancer patients. Self-compassion directly affects the depression of cancer

1. Ph.D. student, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
2. * **Corresponding Author:** Assistant professor, Department of Psychology, Semnan branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran
Email: amenehameneh540@gmail.com
۳. Assistant professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan. Iran
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad University, Amol, Iran

patients ($p < 0.05$). Hope also directly affects the depression in cancer patients ($p < 0.05$).
Conclusion: According to the research results, in order for cancer patients to function properly, on the one hand, it is necessary to have modified maladaptive schemas, on the other hand, their treatment should be based on improving resilience and perceived social support.

Keywords: *Depression, Early maladaptive schemas, Resilience, Perceived social support, Self-sufficiency, Hope*

